

武汉理工大学研究生复学审批表

学号		姓名		性别	
学院		专业			
学习形式	<input type="checkbox"/> 全日制研究生 <input type="checkbox"/> 非全日制研究生				
培养层次	<input type="checkbox"/> 博士研究生 <input type="checkbox"/> 学术型硕士研究生 <input type="checkbox"/> 专业学位硕士研究生				
联系方式	手机:		取得学籍年份		
复学申请	前置学籍异动类型 (单选): <input type="checkbox"/> 休学 <input type="checkbox"/> 保留入学资格 <input type="checkbox"/> 保留学籍 详细原因 (必填): 申请人签字: _____ 年 月 日				
校医院审核意见	(仅因病休学者填写) 主管领导签字: _____ 年 月 日				
申请复学时间	_____ 年 月 日				
导师意见	签字: _____ 年 月 日				
培养单位意见	主管领导签字: (加盖研究生工作办公室公章) _____ 年 月 日				
研究生院意见	科室审核意见: 经办人: _____ 年 月 日		领导审核意见: 主管领导: _____ 年 月 日		
备注					

填表说明:

- 、因病休学者, 复学时应提交二等甲级以上医院医疗诊断证明, 并由校医院复核确认;
- 、定向研究生申请休学者, 复学时须提交工作单位的书面意见;
- 、拟复学的同学请于休学后下一学期的 月底或 月底前提出复学申请;